埼玉学園大学・川口短期大学　機関リポジトリ

Visiting Nursing on the “Field Theory of Management”

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2016-03-10 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 磯山, 優, 王, 麗華, 李, 相和 メールアドレス: 所属:
URL	https://saigaku.repo.nii.ac.jp/records/147

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 International License.

訪問看護と「場のマネジメント」

Visiting Nursing on the “Field Theory of Management”

磯山　優・王　麗華・李　相和
ISOYAMA, Masaru　WANG, Lihua　LI, Sanhowa

1．問題の所在

日本における急速な少子・高齢化社会の進展および医療・介護へのニーズの拡大に伴い、国民の医療費の高騰は大きな課題になっている。また、在宅医療の進化に伴って、人々は自宅で治療を受けながら生活することが多くなった。

厚生労働省の調査によると、高齢社会により、日本の医療費の高騰は今後も必至の見通しにあり、2025年には50兆円を超えるに達するという。その中でも、高齢者医療費の占める割合は1985年に26％であったのが、1995年に33％と30％を超え、2025年には46％に達すると見られている[1)]。また、医療費の上昇し続ける原因の一つとして、在院日数に関係が

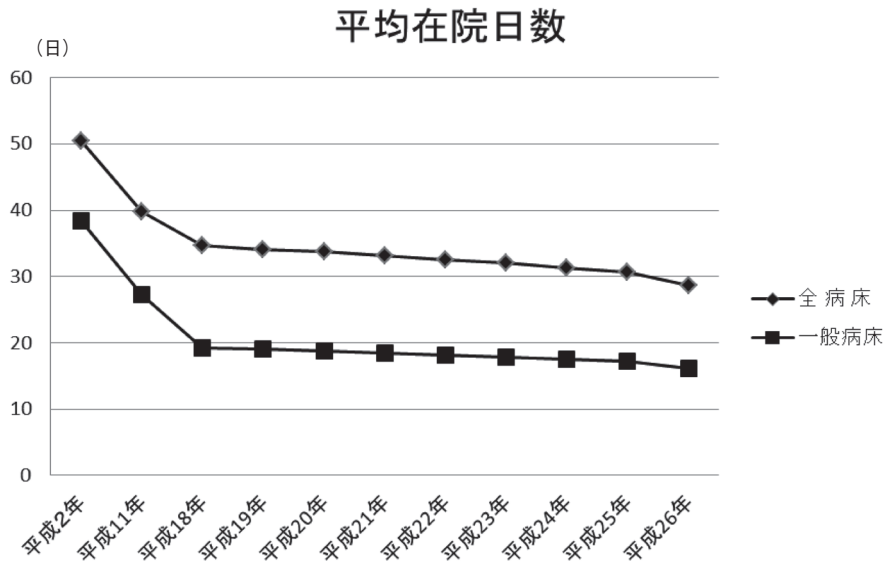

図１　全病床及び一般病床における平均在院日数

資料：厚生労働省『病院報告』各年度版。

キーワード：訪問看護、場のマネジメント、家族、居宅、Webコミュニティ
Key words ：visiting nursing, field theory of management, family, house, web community

ある。そのため、医療費の高騰を抑制するための方法のひとつとして、患者の在院日数の短縮化があげられる。患者の平均在院日数は平成２年（1990年）に全病床で50.5日、一般病床で38.4日であったのに対し、平成11年には全病床で39.8日、一般病床で27.2日、平成22年には全病床で32.5日、一般病床で18.2日と、この20年で患者の平均在院日数は全病床で18日前後短縮され、一般病床では20日前後も短縮された。在院日数の短縮化はさらに図られ、平成26年（2014年）12月には全病床の在院日数は16.2日まで短縮されている[2)]。

皮肉なことに、在院日数は急激に短縮化されているにもかかわらず、医療施設で亡くなる人の人数は逆に急激に増加している。

一方、医療や看護を受けながら自宅で療養生活をしている人の数も年々増加している。自宅療養の状況について、厚生労働省が行った質問紙調査によると、患者の35.7％は自宅では療養できないと回答している。しかし、「医師､看護師などの定期的な訪問」があれば、自宅療養を可能であると答えた人は25.6％を示した[4)]。

このような現状に対応するために、国として様々に講じている策の一つとしてあげられるのが訪問看護の実施である。訪問看護は、自宅での療養者に対して医療・看護・介護などさまざまな職種が関わってくる。ケアする場所が療養者の自宅であっても、さまざまな職種の担当者が療養者と向かい合う時間はきちんと確保される。しかし、担当者同士で直接会う機会は限られているため、連絡ノートなどを用いて情報共有していることが多い。

病棟ではケアする医療者とケアされる療養者は同じ時間帯に同じエリアにいることで、情報交換・共有がしやすいと思われる。しかし、訪問看護の場合は療養者を中心に療養の場（多くは療養者の居場所）をそれぞれの担

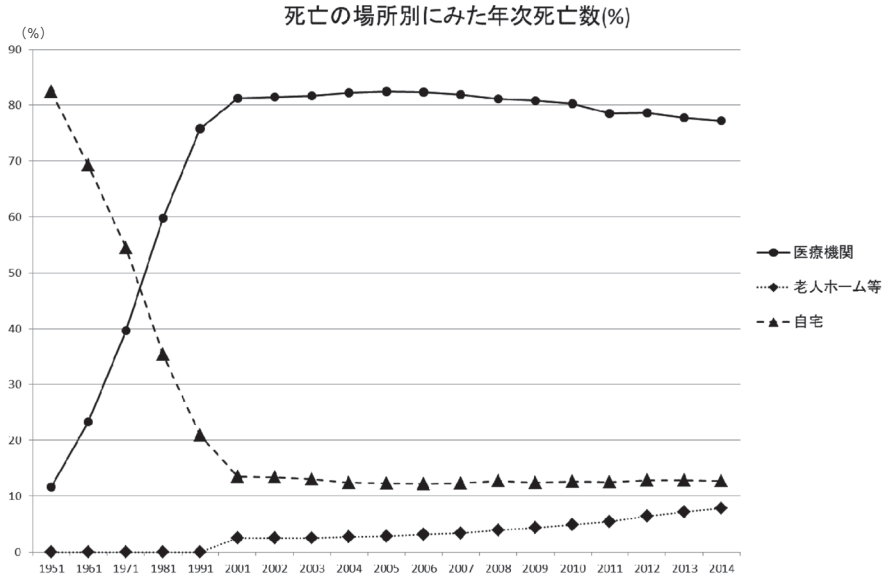

図２　医療機関における死亡割合の年次推移[3)]

資料：「人口動態統計」（厚生労働省大臣官房統計情報部）各年度版。

当者が別々の時間帯に訪問し、ケアを行うことが多い。このため病棟と異なり、看護師など医療従事者が常に療養者の傍にいるわけではない訪問看護では、多職種の緊密な連携が欠かせない。

加えて、ケアが行われるのは居宅であることから、療養者の家族らの協力も不可欠である。そのため、在宅医療を支えるためには多職種間での情報共有、さらに療養者の家族らも加えた非常に多くの人たちの間での情報共有が重要である。このような情報共有を推進するためには、訪問看護ステーションを中心にして多機関・多職種・在宅医療者とその家族も含めた情報交換・共有が重要である。

このような情報交換・共有を促進するにはどのようにすれば良いかについて、近年注目されているのが、伊丹敬之が提唱している「場のマネジメント」理論である。しかし、伊丹の理論を看護、特に在宅看護に適用した例はいまだに見られないのが現状である。

そこで本論では、まず伊丹の「場のマネジメント」理論を概観した上で、訪問看護の特徴を踏まえ、訪問看護ステーションを中心にした訪問看護の実践において療養者自身やその家族をも巻き込んだ、在宅看護の「場」における情報交換・共有の在り方について明らかにする。そして、特定の訪問看護ステーションで得られた情報を、そのステーション内での情報交換・共有に留まらせずに、より広い範囲での情報交換・共有を可能にするような、Web上での「場」の形成について考察する。

2．既存研究の整理

(1)「場のマネジメント」に関する諸研究

場という用語は、日常会話の中でも例えば「場を盛り上げる」「場が和む」などたびたび用いられる。「場のマネジメント」の理論を提唱している伊丹は、このように日常用いられている場という用語に「人々が参加し、意識・無意識のうちに相互に観察し、コミュニケーションを行い、相互に理解し、相互に働きかけあい、共通の体験をする、その状況の枠組み」[5]という具体的な定義を与えている。そして、このように定義された場とは、「…人々の間の情報的相互作用の容れもの」[6]であるとしている。では、情報的相互作用とは何かというと、伊丹は「…人々が様々な様式やチャネルを通じて情報を交換し合い、刺激し合う」[7]ことであるとしている。

この情報的相互作用は、自然発生的に二つのことを生み出す。一つは「人々の間の共通理解」である。この共通理解とは、「…周囲の人々と同じ見解を持つに至るという、意味と、…ある集団の人々とは自分は現実の理解が異なるということをお互いに理解する…」[8]という二つの意味があるという。もう一つ生み出されるのは、「心理的共振」である。心理的共振とは「心理的な周波数の共有」[9]であると伊丹は表現しており、「その共振の結果、心理的な連帯感にもつながる。つまり共感である」[10]と、心理的共振は共感を生み出すと述べている。

このような場は、４つの基本要素をある程度以上に共有することによって生成される[11]。第一の基本要素は、情報は何に関するものなのかを指す、アジェンダである。第二の基本要素は、情報をどう解釈すべきかに関する、解釈コードである。第三の基本要素は、情報を伝えている媒体としての、情報のキャリアーである。第四の基本要素は、連帯欲求である。これら４つの基本要素が存在することによって場が成立し、情報的相互作用が活発

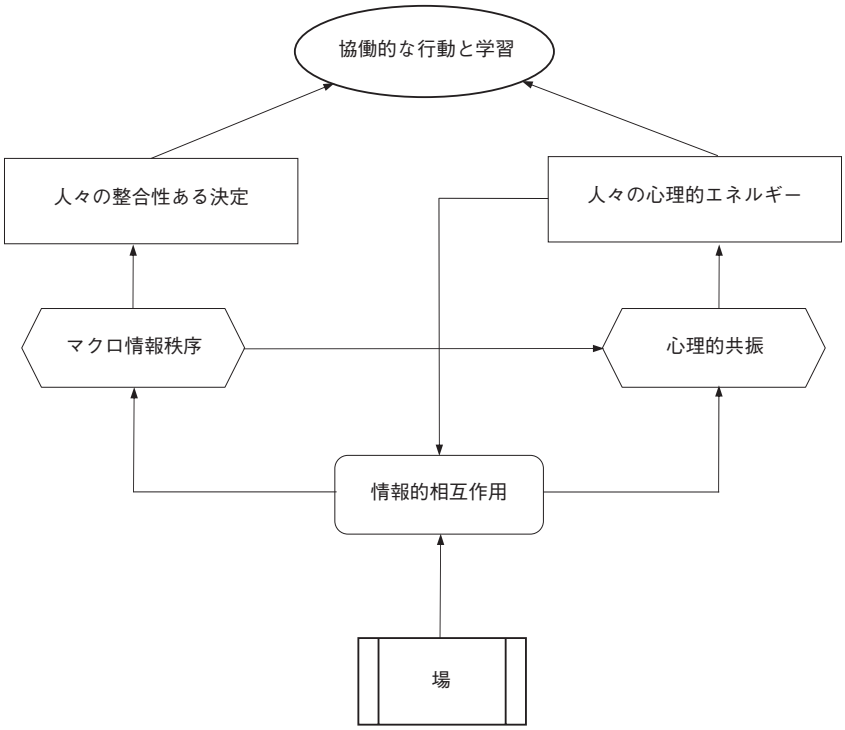

図３　場のマネジメントの概念図

伊丹（1999）、45頁。

になってくると、場の中で情報的秩序が形成され心理的エネルギーが生まれてくる。それを図に表すと、下のようになると伊丹は述べている[12)]。

(2) 訪問看護の概要

自宅での療養生活において、療養者の居宅に看護師が訪問し、住み慣れた自宅での療養生活を療養者とその家族の各々状況に合わせて看護および健康管理サポートを行う訪問看護は、重要な役割を担っていると考えられる。このように病院以外の場所で看護を行う訪問看護は、まだまだ歴史が浅いと思われるかもしれない。

しかし、現実には明治から大正初期にかけて、わが国の医療において看護は家庭などの生活の場で行われていた。このような生活の場での看護は、1884年に有志共立東京病院（現在の東京慈恵会医科大学）が上流階級家庭を対象に始めたのが起源であるとされる。そして1900年頃、訓練を受けた看護婦[13)]が、患者及びその家族と契約を結んで患者の自宅において看護を提供するようになった。

また、高度経済成長の時代に平均寿命の延長と核家族化が進行し、さらに時代が下るにつれて一人暮らしの高齢者の増加などが医療・福祉の社会問題となっていった。高齢者の増加に伴い、前述した医療費の増加や在院日数の短縮化、医療に対する意識の変化などの社会的背景が変化し、在宅医療・看護に対

する社会的要請が高まっていった。このような社会的背景の変化に対応するために、在宅患者への継続看護の一環として、病院・診療所、自治体による訪問看護が行われるようになり、現在は訪問看護事業所による訪問看護が主流となった。この訪問看護を行っているのは主に訪問看護ステーションである。

看護師が療養者の自宅でケアを行う訪問看護ステーションは、今日のこのような状況の下、在宅医療において中心的な役割を果たしている。具体的には、訪問看護師は在宅療養している患者居宅を訪れ、主治医の指示に基づき医療処置やケア、がん末期患者に対して苦痛の緩和の他、リハビリテーションなどを行う。さらに、このような医療行為に加えて、本人や家族へのケアサポートも行う。

1991年に老人保健法の改正による訪問看護制度が創設された。1994年健康保険法改正で、在宅医療の位置づけが明文化され、それまで高齢者を対象とした訪問看護は、在宅で医療・療養を受けるすべての人を対象とするものへとなった。そして、2000年介護保険法の施行に伴って、訪問看護ステーションが明文化され、病院における患者の在院日数の短縮化を中心的な役割を担っている。酸素療法や人工呼吸療法や中心静脈栄養法など、それまで病院で行う医療処置を自宅で行う在宅患者が増加した。利用者数は2001年に34万人ほどであったのが、2010年には41万人になっており、10年間で20％増加している[14]。

このような訪問看護ステーションの利用者数の増加に連れ、事業所数は年々増加している。訪問看護ステーションの数の推移からみると、平成６年516箇所[15]、平成16年5,224箇所[16]、平成26年7,474箇所[17] と増加し続けている。

３．訪問看護の場としての療養者の居宅

(1) 訪問看護現場での情報的相互作用

訪問看護が実践される療養者の居宅は、「療養の場」であると同時に「暮らしの場」であることから、本人や家族は日々の生活を営みながら看護や介護を受けることになる[18]。そのため、家庭を基盤にして療養者が治療を受けつつ快適に暮らしていけるようにサポートすることも訪問看護の重要なミッション（使命）である。このミッションを達成するために、訪問看護師は療養者に関わるさまざまな職種の担当者と連携し情報を共有することにで、適切に社会資源を活用することが必要であり、このことが在宅療養の継続につながっていくのである。

物理的な点から見れば、療養者の居宅がまさに訪問看護の「場」である。しかし、先に見たとおり伊丹が指摘しているように、さまざまな人々が参加しそこでコミュニケーションが行われることにより、情報的相互作用が生じる。このような観点から訪問看護の場で起きる情報的相互作用として以下の二つが考えられる。

①療養者への共通理解の共有

これまで看護師同士や多職種間での患者に関する情報、特に個別の患者の現在の症状等についての詳細な情報の交換は、病棟という場で行われていた。関係者は情報を受け取り、病棟という場において各自の情報を処理する過程で、情報を共有していた。看護師や多職種の関係者は、同じ職場の同僚ということで顔見知りであり、情報を心理的に受け入れやすく心理的連帯感が生まれやすい。結果として、情報の交換を通じて看護師、患者、多職種の間で相互作用が生まれ、よって共通理解

を得ることができる。また、共通理解とそれを生み出す過程を共有することによって、心理的な連帯感が生まれ、互いに影響し合うと考えられる。

訪問看護の場合、情報の交換は自治体に提出する「訪問看護情報提供書」や、担当医へ提供する「訪問看護報告書」、療養者宅に訪問看護師が手作りで提供する「連携ノート」などで行われ、いずれも文書によるものである。関係者が直接コミュニケーションしながら情報交換・共有する場は、療養者の状況に応じて、事前に調整してカンファレンス会議という形で、場を共有しながら情報の交換と共有を行う。訪問看護の場合は、関係者らが別々の経路で情報を受け取ることが多く、病棟のように場を共有することが少ないということが一つの特徴といえる。

②現場で獲得された暗黙知の限定された共有

在宅療養者は様々な疾患や障害を抱えながら自宅で生活をしている。多様な疾患・障害を抱えている療養者に訪問看護師は関わるため、様々な知識と情報の獲得が重要となっている。しかし、これまで在宅療養支援に関する訪問看護情報・知識、特に個別の目の前の患者の看護から得られた現場の看護師の経験や勘といった貴重な暗黙知は、病院内や訪問看護ステーション内といった特定の場においてのみ共有に限定されていた。そのため、暗黙知が形式知として認知される場が限られ、訪問看護に関わる他職種の関係者が新たな情報・知識を得られる範囲も限られている。

(2) 訪問看護と療養者および家族

在宅療養する際に、訪問看護師の訪問は時間が限られているため、介護資源としての家族がケアする機会が多くなる。家族介護力は重要な介護資源として考えられるが、長期にわたる介護は家族にとって大きな負担なる場合がある[19]。しかし、家族介護力を家族内での介護の全てを完結する力と考えるならば、今後、日本の介護状況は少子高齢化、核家族の増大に伴う三世代同居率の低下、女性の社会進出などにより、家族介護力はさらに低下するといえよう[20]。すなわち、日本においては今後ますます家族介護力を期待することは困難な状況にあるということである。このような状況において、家族と介護者を支援するのは、訪問看護師や周囲のインフォーマルな人間関係、様々な社会資源の活用によるサポートである。

このような状況にあるため、訪問看護師は療養者へのケアに加えて、訪問の際に家族へのケア手技や介護手技の指導など、家族へのサポートを行うことも大切になってきている。上で見たように、大家族の時代において、介護は家族の中で行われていたが、家族の形態や機能が変化し、現在の家族では家族の中だけで介護を遂行することは困難になってきている。

また、個人の価値観が多様化してきており、医療従事者の間においても、医療従事者単に患者をケアするだけでなく、患者とその家族の意思を尊重し、双方の生活の質（QOL）の向上を重視するといった認識が浸透してきている。このような現状の変化に対応し、訪問看護に関わる職種の関係者が質の高いケアを提供するために、患者に関する情報の共有・交換による新たなケア方法の展開が期待されている。

(3) 訪問看護師・関連職種・療養者・家族による情報共有

訪問看護の現場は療養者の居宅である。そこで療養者は、医療や介護の専門家ではない家族と普段は生活していることが大半である。療養者だけでなく、その家族も含めてより高いQOLを保ちつつ療養生活を送るには、多職種の関係者たちとの間で、訪問看護師を中心に療養者・家族を含めて情報を的確に共有することが重要である。そのためには、療養者の療養環境や療養者自身に関するさまざまな情報を集積し、看護師が看護におけるさまざまな経験と得られた情報を照らし合わせて的確な判断するというプロセスを正しく機能させる必要がある。訪問看護の現場である療養者の居宅は、このプロセスを機能させるための「場」そのものであり、そこでは通常の医療行為から得られる情報に加えて、療養者についての家族との何気ない会話ですら、療養者についての貴重で有益な情報となり得る。

無論、在宅療養において最も重要なのは、医師の指示による医療的処置・管理である。しかし、訪問看護師はそれに加えて、療養者の状態に合わせて様々な看護を展開する。「日常生活の看護」として全身状態の観察、体温や血圧などを測定し、体の異常を早期発見することはもちろん、栄養状態の点検や食事摂取への支援等も行う。例えば脳卒中後遺症のある場合、療養者は嚥下困難になることが多い。その場合、日々の日常ケアの中で療養者の状態に応じて、主治医や栄養士と治療食の選択などで対応することが求められると同時に、療養者が食べているときの様子や食べ残しの状態について家族から様々な情報を得ることで、訪問看護師はより的確に療養者の状態を把握し、それを主治医と共有することで医療的処置に反映させることが可能になる。

また、「リハビリテーション」において、日常動作の訓練など、身体的な状況に合わせて訪問看護師、理学療法士、作業療法士が情報を共有しながら進めることが必要であり、さらに「住宅環境の整備」においては自宅で療養するために必要な物品を揃えたり、介護に便利なように整備したりすることを療養者本人や家族の相談しながら行うことが必要である。ベッドやマットレス、歩行器、トイレ入浴関連用具など福祉機器が必要な場合は、療養者本人・家族、福祉機器の専門家と意見交換して情報を共有し、看護師としての立場からアドバイスすることも求められる。さらに療養者本人ではなく、療養者の家族のサポートとして、家族の介護に関する不安やストレスの緩和、介護のコツや介護用品などに関する知識の提供など、「介護者の相談」を行うことも情報共有の観点から見て重要である。

そして、このようにして得られた情報は、主治医との密接な連携のもとに、医学的疾病管理に基づいた看護を提供し、症状や日常生活障害の改善および維持に役立てられる。すなわち、訪問看護師が医師に療養者の状態を報告・相談し、それに基づいて医師は直ちに訪問診療や 処置など指示するためには、訪問看護師の情報が必要である。

4．結論ならびに今後の課題

(1) 訪問看護の現場からWebへ

上でみたように、伊丹が提唱している「場のマネジメント」理論における基本要素を訪問看護の現場に当てはめてみると、以下のようになる。第一のアジェンダは、療養者の状態である。療養者の状態は、時々刻々変化するうえ、病棟と異なり医療者が常にそばにい

るわけではないので、医療者が情報を的確に得るためには家族の協力が欠かせない。

次の解釈コードは二つあり、ケアを行うための専門知識・規範および主治医の指示である。訪問看護師をはじめとする多職種の多くは、それぞれの分野の専門知識を持ったプロフェッショナルであり、各人の規範の下で意思決定を行う。また、各々の療養者に対するケアの内容を最終的に決定するのは主治医であることから、主治医の指示も療養者についての情報を解釈する際の解釈コードの一部となる。

次のキャリアーは、訪問看護師をはじめとする医療関係者、関連多職種に加えて、療養者、さらにその家族も含まれる。特に家族は療養者と生活を共にしていることから、重要なキャリアーとなる。

最後の連帯欲求は、療養者とその家族QOLの改善である。訪問看護師は、療養者本人のQOLを改善したいのはもちろんであろうが、療養者を見守る家族のQOLの改善も、継続的な療養を可能にするためには不可欠である。

以上の内容を伊丹の提唱しているスキームに当てはめると、以下の図４のようになる。この図から読み取れるのは、家族の果たす役割の重要性である。療養者の家族は、訪問看護師など専門職にとって療養者と同様にケアの対象であると同時に、重要な情報の発信者・共有者である。しかし、現実には本論で既に述べたように、家族介護力には多くを望めなくなっている現実がある。このギャップを埋めるにはどうしたら良いか。

有効であると考えられるのは、訪問看護師や関係者が持っている暗黙知を形式知に変換

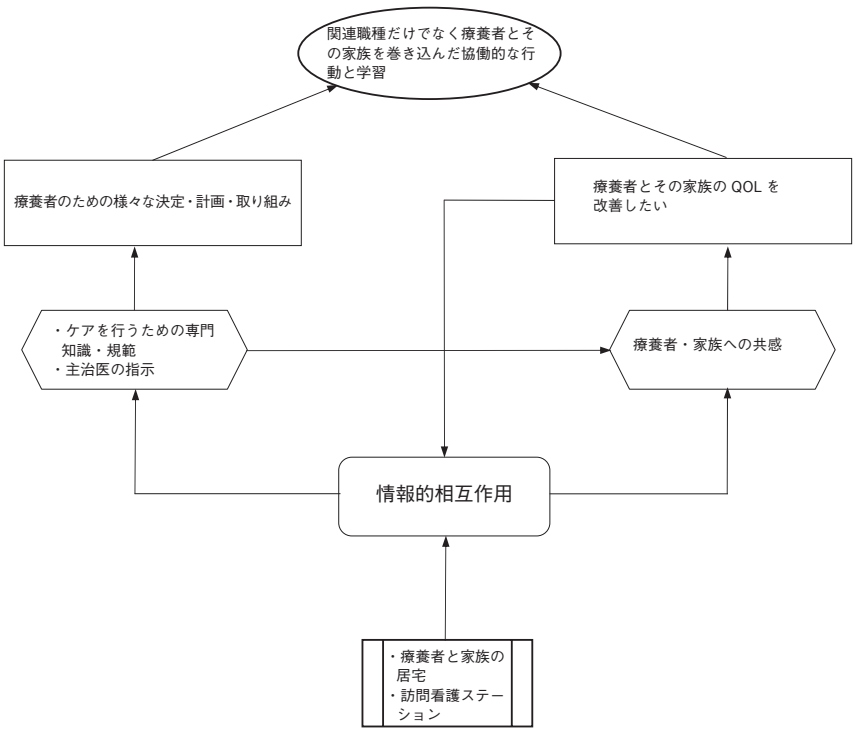

図４　場のマネジメントから見た訪問看護の現場

し、それを共有・発信する場を設けることである。では、このような場をどこに開設すれば良いか。これこそが、インターネット上のWebコミュニティである。

ICT技術が発達した今日では、パソコンだけではなく、スマートフォンやタブレット型端末など、様々な手段を用いて容易にインターネットにアクセスすることが可能である。インターネット上にホームページを開設し、そこにWebコミュニティを開設することによって、療養者やその家族、訪問看護師、様々な関連職種の関係者が時間や空間の制約を受けずに情報を持ち寄り、さらにそこでの情報をもとに新たな情報が共有・発信されることが繰り返されていく。その過程で、それまでは暗黙知であった療養者の自分の感覚や家族のあいまいな情報、訪問看護師の「気づき」などが形式知に変換されていく。さらにこの過程で、他の関係者も共有・発信された情報に触発され、新たな情報の提供・共有が繰り返されていく。

Webコミュニティの最大の利点は、療養者の居宅や訪問看護ステーションと異なり、関係者以外も場に参加可能であるということである。個人情報保護の問題などがあるものの、形式知に変換され、誰でもが理解できる情報になれば、それを他の人々も共有できるようになる。すなわち、一つの居宅、一つの訪問看護ステーションに留まらず、より広い場へと情報の共有・発信が可能になるのである。

(2) 今後の課題

このように、インターネット上にWebコミュニティを開設し、そこで情報共有・発信の場を設けることは、非常に有効であると思われるが、今後解決しなければならない課題もいくつかある。

第一に、個人情報の扱いである。療養者の身体的な問題を扱うため、個人情報の流出、不当な利用は絶対に避けなければならない。そのためには、Webコミュニティを開設する機関－多くは訪問看護ステーションになると思われる－は慎重のうえにも慎重を重ねて、療養者の個人情報などを扱う必要がある。

第二に、共有された情報の帰属はどこになるのか、という問題である。Webコミュニティで生まれた情報に価値があればあるほど、その情報の帰属先はどこなのか、完全にオープンなのか、明確にする必要がある。特に開設した訪問看護ステーションの設置元が営利法人であった場合、この問題は先鋭化する恐れがあるので、十分に注意する必要がある。

（本論は、平成27年度科学研究費補助金（基盤研究（C)、「Webコミュニティを用いた訪問看護情報・知識の創発・学習プログラムの構築」（課題番号：15K11815、（研究代表者：王麗華））の研究成果の一部である。）

注

1）厚生労働省『医療・介護を取り巻く現状』平成23年度版より。高齢者医療費の金額で見ると、1985年は4.1兆円であったが、2000年に11.2兆円で10兆円を超え、2025年には24.1兆円に達すると見通している。

2）厚生労働省『病院報告』各年度版より作成。

3）医療機関は病院及び診療所。老人ホーム等介護老人保健施設と老人ホーム。ただし、1995年まで老人ホームは自宅またはその他に含まれていた。なお、助産所やその他を除外しているため、数値を合計しても100％にはならない。

4）厚生労働省（2010）「平成20年受療行動調査（確

定数）の概況」、18頁～19頁。

5）伊丹（1999）、23頁。

6）同上。

7）同上。

8）同上書、24頁。

9）同上書、25頁。

10）同上書、24-25頁。

11）同上書、41頁～44頁を参照。

12）伊丹は後に組織を前提として、「組織的情報蓄積」を付け加え、「協働的な行動と学習」を「協働的な組織行動」と変更した図を提示している。伊丹、(2005)、49頁。しかし、後に指摘するように、在宅看護の場は組織が前提になるとは限らないため、本論では組織を前提としていない論考を参考にした。

13）当時の呼称であって、現在は保健師助産師看護師法が2000年に改正されたことにより、看護師という呼称が用いられている。

14）2007年度における老人訪問看護の件数は33万件で前年度に比べて4.7％の増加、費用の額は239億円で同じく6.5％増加している。

15）平成５年～平成11年　訪問看護実態調査（厚生労働省統計情報部）

16）平成12年～平成24年　介護サービス施設・事業所調査（厚生労働省統計情報部）

17）平成25年～平成26年　訪問看護ステーション数調査（全国訪問看護事業協会）

18）健康保険法では第88条において「…疾病又は負傷により、居宅において継続して療養を受ける状態にある者（主治の医師がその治療の必要の程度につき厚生労働省令で定める基準に適合していると認めたものに限る。）に対し、その者の居宅において看護師その他厚生労働省令で定める者が行う療養上の世話又は必要な診療の補助…」と規定されている。また、介護保険法第８条４では「この法律において「訪問看護」とは、居宅要介護者（主治の医師がその治療の必要の程度につき厚生労働省令で定める基準に適合していると認めたものに限る。）について、その者の居宅において看護師その他厚生労働省令で定める者により行われる療養上の世話又は必要な診療の補助をいう。」と規定されている。いずれにおいても、居宅での療養ということが訪問看護の基盤に置かれていることは明らかである。

19）福島・王（2014）、76頁。

20）同上書、73頁。さらに詳細に介護状況を検討してみると、単身世帯や核家族など家族規模の小型化、女性の社会進出などライフスタイルの変化といった現代における家族機能の意識変化は家族成員への在宅介護との関連性が大きいと考えられる。内閣府の「男女共同参画社会に関する世論調査（平成24年10月）」で、介護についてどのような形で評価することが必要だと思うか尋ねたところ、「手当の支給や税制上の優遇などで経済的に評価する」と答えた者の割合は30歳代から50歳代で、「この役割について経済的・社会的に評価する必要はない」と答えた者の割合は70歳以上で、それぞれ高くなっている。自分の介護についての評価は年齢世帯によって意識も異なっている。また、都市規模別に見ると、「この役割について経済的・社会的に評価する必要はない」と答えた者の割合は町村で高くなっていることから、地域によって介護の意識も異なっている。

また、成人男女を対象に実施した内閣府「高齢者介護に関する世論調査」（平成15年９月）では、仮に自分自身が介護を必要とするようになった場合に、自宅で介護されるとしたらどのような形の介護をされたいかを尋ねたところ、「家族だけに介護されたい」は12.1％であった。また、「家族の介護を中心とし、ホームヘルパーなど外部の者も利用したい」は41.8％であった。さらに「ホームヘルパーなど外部の者の介護を中心とし、あわせて家族による介護を受けたい」は31.5％であった。これらの結果を平成７年の同調査結果と比較してみると、「家族だけに介護されたい」は25.0％→12.1％と、答えた者の割合が低下している。一方で「ホームヘルパーなど外部の者の介護を中心とし、あわせて家族による介護を受けたい」は21.5％→31.5％と、答えた者の割合が上昇している。このように、現在の介護に対する意識は、家族中心の介護から社会的介護へと移行しつつあり、家族介護に対する意識も時代とともに変化してい

ることが明らかになっている。同上書、73頁～76頁参照。

引用・参考文献

伊丹敬之（1999）、『場のマネジメント　－経営の新パラダイム－』、NTT出版。

同（2005）、『場の論理とマネジメント』、東洋経済新報社。

福島道子・王麗華（2015）、「これからの在宅介護と家族」（日本家族心理学会編集『地域と家族の未来像』、金子書房、所収）。